



Beitritts - Erklärung

Der Jahresbeitrag beträgt: 50,00 € mit Berufshaftpflichtversicherung
 36,00 € ohne Haftpflichtversicherung

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Tel.: _____

PLZ/ Ort: _____ Straße: _____

Email: _____

Mandatsreferenz / Mitgliedsnummer: _____

Jede Wohnungsänderung muss unverzüglich mitgeteilt werden.

Eine Mitgliedschaft kann laut Satzung nur mit einer **4 wöchigen** Frist zum Ende des Geschäftsjahres schriftlich per Post enden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Mitgliedschaft an die Fachstellen Kindertagespflege Fulda Stadt /Landkreis zwecks Einladungen zu Fortbildungen u. ä. weitergeleitet wird.

Hiermit erkläre ich _____ mich einverstanden, dass ausgewählte Fotos meiner Person mit Namen für Zwecke der Außendarstellung des Tages-Eltern-Fulda e.V. genutzt werden kann.

Ich wurde aufgeklärt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann. Hierbei räume ich eine angemessene Aufbrauchfrist für Printwerbeprodukte ein.

Die Satzung und den Datenschutz des Tages-Eltern-Fulda e.V. erkenne ich an. Diese kann auf der Homepage des TEF e.V. jederzeit eingesehen werden.

Ich verpflichte mich, im Tages-Eltern-Fulda e.V. mitzuwirken.

Ort/ Datum

Unterschrift Mitgliedschaft

SEPA – Lastschriftverfahren für Ihren Jahresbeitrag

Gläubiger-Identifikationsnr.: DE27TEF00000091730

Ich ermächtige den Tages-Eltern-Fulda e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Tages-Eltern-Fulda e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname (Kontoinh.) _____

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

BIC: _____ IBAN:DE _____

Ort/Datum

Unterschrift Einzugsermächtigung